別記第4号様式（第６条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 健康保険の種類 | 政管・船員・日雇・共済・組合・国組・国保・後期高齢者医療 |
| 健康保険証記号番号 | 　　　　　　　　　　　　－ |
| 福祉医療受給者 | 住所 | 周南市 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　男・女　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 福祉医療受給者証記号番号 | 　　　　　　　　－ |
| 診療区分 | 　　　　　　　年　　　　　月分　　　　入　院　・　入　院　外 |
| 医療機関・科 |  |
| 　このことについて、下記に証明してください　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印保　険　者　様 |

**療養給付費証明願**

|  |
| --- |
| **証　　明　　書**　　　　　　　　　　（保険者が記入） |
| 医療機関・科 | 科 |
| 診療日数 | 入　院　・　入　院　外　　　　　　　　　　　　　　　　　　日 |
| 医療費総額（1 0割） |  |
| 保険外給付額（更生・育成・養育医療等） |  |
| 療養の給付 | 保険者負担額 | 保険給付額（高額療養費を含む） |  |
| 附加給付額（保険者独自の給付） |  |
| 本人負担額 | 医療費（保険給付、高額療養費、附加給付等を引く） |  |
| 薬剤負担額 |  |
| 食事療養 | 標準負担額（　　　　　　円×　　　　　回） |  |
| 　上記のとおり相違ありません。　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

　この証明書は、重度心身障害者、乳幼児及び母子・父子家庭に対する医療費を助成するためのものです。ご協力いただきますようお願いいたします。

　以下※印欄には記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※支給決定額 | 療養の給付（本人負担額　　　　　円：領収金額　　　　円） | ￥ |
| 薬剤負担額 | ￥ |
| 食事療養（助成額　　　　　　円×　　　　　回） | ￥ |
| 合計 | ￥ |